NIL 900773537-4
Habilitación No DH5677324
Sede Sur
ISO 13001
Sede Norte
ISO 13001



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.555

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 (Día)	11 (Mes)	2020 (Año)	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) (Ciudad)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA SOMOS LABORIA, LABORARA O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

BUSTOS CARDOZO MAURICIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	30 AÑOS 1 MESES 2 DÍAS	CC (Tipo)	16784840 (Número)

Cargo: INDEPENDIENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: NO APLICA

APTO	SIN PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGUN PANORAMA DE RIESGOS DE LA EMPRESA
ESTILO DE VIDA SALUDABLE
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA COMO MINIMO 3 VECES POR SEMANA
REALIZAR CAMBIOS DE POSICIÓN FRECUENTEMENTE EN EL PUESTO DE TRABAJO, ALTERNAR POSTURA BÍPEDA A SEDANTE (DE PIE A SENTADO)
IMPLEMENTAR EN EL PUESTO DE TRABAJO EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES CON EL FIN DE DISMINUIR EL ESTRÉS, LA FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADOS POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS
ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES PARA CONSERVAR UN BUEN ESTADO DE COLUMNA USAR ZAPATOS CÓMODOS, LA CABEZA Y EL TÓRAX DEBEN ESTAR DERECHOS Y ALINEADOS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador evaluado: El doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: QUINTERO RAMOS MARIA ISABEL

R. M.: 765999 L.S.O.: 1984

Código de Seguridad
S602Y1E14555

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: BUSTOS CARDOZO MAURICIO

CC: 16784840

Software para el sector salud - www.biofile.com.co